別記様式（第６条関係）

日南町妊婦歯科健康診査費用助成金交付申請書

　　　年　　　月　　　日

日南町長　様

申請者　 住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

妊婦歯科健康診査を受診したため、日南町妊婦歯科健康診査費助成事業実施要綱第６条の規定により次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 受診日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 交付申請（請求）額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

添付書類 ・領収書等

・母子健康手帳の写し

注意事項　　申請額の上限は５，０００円で、支給回数は１回のみとします。

　　　　　　助成対象は検査費用のみとし、治療にかかった費用は対象外です。

申請は、受診日から１年以内に行ってください。

※　これより下は、役場記入欄です。

|  |
| --- |
| 日南妊婦歯科健康診査費助成事業実施要綱第７条の規定により、次のとおり交付決定してよいか伺います。年　　　月　　　日 |
| 交付金額 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 町長 | 課長 | 合議　　　　　　　　　　　主 査 |
|  |  |  |